

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 66

DE
L'ENDOCARDITE AIGÜE
CHEZ LES CANCÉREUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL GENEST

né le 29 janvier 1893 à Nantes (Loire-Inférieure)



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

—
1920



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 66

DE

L'ENDOCARDITE AIGÜE

CHEZ LES CANCÉREUX



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL GENEST

né le 29 janvier 1893 à Nantes (Loire-Inférieure)



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ

DOYEN.

J. LEPINE

ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON M)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON A)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVÉ-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VAILLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THÉVENOT (Léon)	THÉVENOT (Lucie)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions.
TAVERNIER	PIÉRY	ROCHAIX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. LERICHE et FAVRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS CEUX QUI SONT MORTS POUR NOUS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

*Nous le remercions vivement de
l'honneur qu'il nous a fait en
acceptant de présider notre thèse et
de son accueil bienveillant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Médecin des Hôpitaux

*Il nous a inspiré ce travail et
guidé au cours de son exécution.
Nous lui devons toute notre recon-
naissance pour les conseils si
précieux qu'il nous donnât au lit du
malade.*

A MES MAITRES

de l'École de Médecine de Nantes
de la Faculté de Médecine de Lyon
et de l'École du Service de Santé militaire

INTRODUCTION

Au cours de l'évolution d'un néoplasme, il est fréquent de constater le développement d'une phlébite et Vaquez dans sa thèse sur la thrombose cachectique a montré que cette complication pouvait être rattachée dans ces cas à un processus infectieux parti du néoplasme ulcéré.

En réalité la phlébite n'est pas la seule manifestation pyosepticémique que l'on puisse être appelé à constater ; et Achard, Hanot, Hérard ont attiré l'attention sur ce sujet. Tantôt c'est un abcès qui se développe, tel le cas rapporté par Stempfle dans sa thèse sur un abcès du foie consécutif à un cancer de l'estomac. D'autres fois, c'est une septicémie généralisée et grave comme dans le cas rapporté par Hanot dans les archives générales de médecine de septembre 1892.

En 1876, Mosse rapportait à la Société anatomique le fait d'un malade mort d'un néoplasme de l'estomac et qui présentait en même temps une péri-cardite purulente.

Il ne faut donc pas s'étonner de voir le processus infectieux se localiser parfois au niveau du cœur et depuis longtemps déjà on a noté la présence de l'endocardite aiguë soit d'une façon isolée, soit

concurrentement avec d'autres manifestations infectieuses.

En 1863, Gerhardt et Wagner notaient dans Wurtzburg médizin Zeitung la coïncidence de l'endocardite aiguë avec le cancer de l'estomac et de l'utérus.

Dans une étude statistique sur les complications du cancer de l'utérus parue dans le Progrès Médical de 1883, Féré et Caron sur 51 autopsies ont rencontré 8 fois des sujets porteurs d'endocardite végétante.

En 1884, Derville dans le Progrès Médical page 1101 signalait une observation d'un cancer de l'estomac qui s'était accompagné d'abcès du foie, de méningite suppurée et d'endocardite aortique avec polype pédiculé.

Magnet (Thèse de Lyon 1897-1898) dans un travail sur les endocardites aiguës au cours du cancer de l'estomac en a réuni 7 observations.

Mais dans tous les cas qui ont été jusqu'ici rapportés, la lésion d'endocardite aiguë n'a pas été qu'une constatation d'autopsie sans que la clinique ait soupçonné la nature de cette complication et en ait fait un diagnostic précis.

Monsieur le Docteur Bouchut ayant eu l'occasion de rencontrer quatre fois dans son service des sujets cancéreux à l'autopsie desquels il avait pu constater la présence de végétations sur l'endocarde voulut bien nous communiquer ses observations.

Dans deux de ces quatre cas il avait été frappé

à l'examen clinique, de signes stéthoscopiques liés manifestement à une insuffisance aortique mais dont il n'avait pu expliquer l'origine durant la vie des malades. Et c'est ainsi qu'il fut amené à nous parler de la question, à nous donner l'idée de ce travail.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici toute la reconnaissance que nous lui avons d'avoir dirigé cette étude. Nous avons toujours rencontré en lui, l'accueil le plus franchement cordial, cherchant à tout instant à nous faire profiter de son expérience et à combler les nombreuses lacunes qu'une interruption de cinq années de guerre avait fait dans nos études ; nous l'en remercions vivement.

Prenant les deux points opposés du problème, nous étudierons d'abord les relations de causes à effets qu'il peut y avoir entre le néoplasme et l'endocardite aiguë. Nous verrons ensuite quels sont les organes qui, touchés par le processus cancéreux, comptent cette complication à leur actif. Puis nous préciserons sous quelle forme et à quel niveau de la paroi interne du cœur se localise de préférence l'endocardite.

Enfin nous chercherons à établir la possibilité du diagnostic, et sur quels signes on doit se baser pour en arriver là, ainsi que son intérêt au point de vue du pronostic.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I^{er}

En parlant des endocardites aiguës constatées à l'autopsie de sujets cancéreux Monsieur le Professeur Tripier dans ses études anatomo-cliniques a écrit :

« Il s'agit de phénomènes inflammatoires du même ordre que ceux qui produisent les thromboses veineuses, les pleurésies etc. . . et qui du reste se présentent parfois concomitamment. Ils paraissent avoir pour origine les infections secondaires qui se manifestent au niveau des tumeurs ulcérées. »

Et de fait il est difficile de ne pas voir une relation étroite entre la thrombose cachectique et l'endocardite aiguë. Survenant souvent chez le même sujet, à une même période de l'évolution cancéreuse l'inflammation de l'endoveine et celle de l'endocarde ont trop de points communs pour que une même cause ne puisse présider à leur apparition.

Vaquez a montré que dans la thrombose cachectique il fallait voir l'action d'un microorganisme allant léser l'endoveine. Ce même microbe se localisant sur l'endocarde y déterminera l'endocardite aiguë végétante ou ulcéro-végétante.

Il faut évidemment différencier tout d'abord ces productions inflammatoires d'avec des noyaux cancéreux greffés au niveau de l'endocarde, véritables cancers secondaires. Cette localisation métastatique d'un néoplasme est possible mais très rare et Kundrat

(Soc. imp. roy de médecine, Vienne — 1885) en a un des premiers signalé la réalité au niveau des valvules du cœur.

Il est facile microscopiquement de constater que les végétations d'endocardites ne rappellent en rien les caractères de la tumeur primitive et de se rendre compte qu'il ne s'agit pas là d'un processus de généralisation.

L'endocardite aiguë que l'on constate au cours de la cachexie cancéreuse est due à l'action d'un microorganisme. Quel est-il ?

Lorsqu'il s'agit de cancer nous ne pouvons penser, du moins dans l'état actuel de la science à l'action d'un microbe spécifique de cette maladie. Au cours de la cachexie tuberculeuse, il existe bien même avec une assez grande fréquence, des végétations d'endocardite. Et on a pu y mettre en évidence le bacille de Kock quoique souvent une infection secondaire soit en cause. Cette éventualité n'est pas à envisager ici et une infection secondaire par un microbe pyogène banal, staphylocoque, streptocoque ou autre est fatalement en jeu.

Une première hypothèse pour expliquer ces faits consiste à faire jouer le rôle principal à la cachexie cancéreuse, à l'état de moindre résistance du malade. On admet alors que sous cette influence, un microbe, ayant pénétré par une de ces nombreuses portes d'entrée naturelles qui existent dans tout organisme, a eu la possibilité de s'implanter au niveau de l'endocarde.

Monsieur le docteur Giraudeau (Endocardites aiguës chez les cachectiques. Semaine médicale du 10 octobre 1894, page 448) a soutenu cette idée, prétendant que point n'était besoin d'une porte d'entrée supplémentaire

au niveau du néoplasme ulcéré, et il cite le fait suivant :

« Dans un cas de sarcôme testiculaire, non ulcéré, avec propagation au péritoine, survenu chez un homme d'une quarantaine d'années, l'autopsie pratiquée par un de nos maîtres, permit de constater sur l'une des sigmoïdes aortiques l'existence de petites masses friables de la grosseur d'un grain de chenevis. »

Il est certain que la cachexie, l'état de dénutrition, d'inanition même dans certains néoplasmes du tube digestif, font du cancéreux une proie facile pour l'infection et ne permettent d'offrir à celle-ci que bien peu de résistance. Un microbe, même sans virulence exaltée, ayant pénétré à la faveur d'une excoriation, d'une petite plaie banale, d'une dent cariée, etc... est parfaitement apte alors à créer des lésions dans cet organisme et particulièrement au niveau de l'endocarde.

Est-il même besoin en principe d'une de ces portes d'entrée banales qui en réalité existent toujours ? On sait qu'un microbe peut traverser une muqueuse intacte et réaliser ainsi une infection générale. Le fait en a été bien mis en évidence pour le bacille de Koch.

Quoiqu'il en soit l'état cachectique du malade semble être une condition sinon indispensable, du moins particulièrement importante et de fait ce n'est qu'à cette période que l'on constate les lésions d'endocardite aiguë.

C'est aussi ce que l'on remarque à la lecture des observations que nous avons pu recueillir. Toutes ces lésions d'endocardite étaient récentes et leur début ne remontait évidemment pas au temps où l'état général du malade était encore satisfaisant.

Mais le microbe a-t-il une voie de pénétration suffi-

sante dans toutes les petites portes d'entrée banales que nous avons signalées et ne convient-il pas de faire jouer un rôle important à l'ulcération même du néoplasme.

Cette ulcération du cancer semble être une condition que l'on retrouve dans toutes nos observations sauf dans l'observation III.

Nous y voyons là une double raison. D'abord il se fait à ce niveau une résorption de produits toxiques telle qu'elle a une part importante dans la production de l'état cachectique, part qui vient s'ajouter, compliquer celle qu'il faut faire jouer aux toxines produites par la cellule cancéreuse elle même, hémolytique en particulier.

Cette action n'est pas niable et on observe couramment en clinique qu'un néoplasme est tout particulièrement cachectisant du jour où il est ulcéré.

En second lieu, nous y voyons la création d'une large porte d'entrée aux microbes pathogènes, porte d'entrée qui sera d'autant plus redoutable qu'elle aura pour conséquences de mettre le milieu intérieur sanguin en communication directe avec un milieu plus septique. C'est ce qui se passe notamment lorsque le cancer siège sur le tube digestif où l'utérus, sur un organe en un mot à contenu plus septique et c'est pourquoi aussi, pensons-nous, la très grosse majorité des cas que nous avons recueillis ont trait à des néoplasmes ulcérés de ces organes. Il y a là une résorption très active de produits toxiques et infectieux dont on ne peut nier l'importance.

Bien plus, il existe des cas où, sans qu'il s'agisse d'un processus néoplasique, une ulcération du tube digestif a

été suivie d'une endocardite aiguë qui fut constatée à l'autopsie.

Curnow. (Ulcérated endocarditis-intestinal ulcération. The Lancet 1886) en rapporte dix observations personnelles au cours d'ulcérations de l'intestin grêle. Et tout récemment encore, Messieurs Cade et Brette (Société des Sciences médicales de Lyon, février 1920) rapportaient le cas d'un vieillard atteint d'un ulcus calleux de l'estomac chez lequel ils avaient constaté à l'autopsie la coexistence d'une endocardite végétante.

Ajoutons encore qu'un néoplasme une fois ulcéré est soumis à l'infection de la même façon qu'un autre tissu. Il crée un très bon milieu de culture aux microbes et il réagit secondairement par l'inflammation et la suppuration. De là à une septicémie sanguine il n'y a plus qu'un pas facilement franchi.

Nepveu, élève de Verneuil, écrivait dans les mémoires de chirurgie en 1880 :

« On constate la présence de bactériens à la surface des tumeurs ulcérées où cavitaires, telles que les cancers du rectum, utérus, etc... Partis de l'ulcération, les bactériens pénètrent facilement dans les tumeurs et de là dans le sang. »

En résumé, les relations qui existent entre l'endocardite aiguë et le cancer sont doubles. D'une part, l'influence de l'ulcération cancéreuse envisagée comme porte d'entrée des agents microbiens qui de là sont charriés à travers l'organisme par le sang. D'autre part il faut faire une large place à l'état de moindre résistance du malade produit par la cachexie cancéreuse, par la dénutrition notable, importante surtout à considérer

dans les néoplasmes ulcérés du tube digestif et qui font du malade une proie facile à l'infection.

Et si maintenant nous envisageons les observations qu'il nous a été permis de joindre à cette étude, nous voyons tout de suite qu'en concordance avec ce que nous venons de dire, tous ces cas ont traités à des néoplasmes du tube digestif, de l'utérus ou du vagin.

En voici le résumé :

Néoplasme de l'œsophage : 1. Observ. I.

Néoplasme de l'estomac : 9. Observ. III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI.

Néoplasme du gros intestin : 2. Observ. II, XIII.

Néoplasme de l'utérus : 3. Observ. XII, XIV, XVI.

Néoplasme du vagin : 1. Observ. XV.

Nous voyons que le néoplasme de l'estomac est en cause dans la très grande majorité des cas : 9 fois sur 16. Toutefois faisons remarquer que c'est là une localisation fréquente des néoplasmes. Et d'ailleurs ce ne serait qu'en faisant une statistique portant sur un très grand nombre de néoplasmes observés pour chaque organe que l'on pourrait en tirer une notion un peu précise.

Le fait important à notre avis, c'est qu'il s'agit toujours d'un néoplasme greffé sur un organe dont la cavité contient une flore microbienne riche et abondante en même temps que les produits toxiques les plus nuisibles pour l'économie. Attirons aussi encore une fois l'attention sur la relation très étroite qui unit l'ulcération néoplasique et la cachexie. Ces deux états sont le plus souvent liés l'un à l'autre et se renforcent pour aboutir à la septicémie sanguine et de là aux divers complications dont l'endocardite n'est qu'un exemple.

CHAPITRE II

Nous avons vu quelle pouvait être l'étiologie de la septicémie au cours du cancer et comment on pouvait expliquer l'endocardite aiguë durant son évolution.

Envisageons maintenant les lésions même de cette endocardite, ses localisations, sa forme. Remarquons tout de suite, avant de rentrer dans les détails, que l'endocardite aiguë rencontrée à l'autopsie de sujets morts cancéreux est en somme une endocardite banale, telle que l'on peut être appelé à la constater au cours d'un processus infectieux quelconque. Il n'existe pas de microbes spécifiques pour cette endocardite et il ne semble pas que le fait de la cachexie cancéreuse influe sur sa forme, sa localisation.

Le microbe une fois introduit dans le sang doit se fixer sur les valvules pour produire l'endocardite. Par quel mécanisme se produit cette fixation. D'après Klebs et Orth ils se déposent directement à la surface de l'endocarde ; suivant Koester, après avoir passé dans les coronaires, ils arrivent dans l'épaisseur même de la valvule et forment dans les petits vaisseaux valvulaires des embolies microbiennes. Nous ne rentrerons pas dans la discussion de ce mécanisme qui nous écarterait de notre sujet. D'ailleurs la première de ces opinions est admise à l'heure actuelle d'une façon à peu près générale et Tripier nous en a bien exposé le mécanisme.

D'après cet auteur, les lésions d'endocardites aiguës se rencontrent d'une façon presque constante sur le bord de la ligne d'occlusion des valvules, sur la face ventriculaire pour les sigmoïques aortiques. Les endocardites survenant au cours de la cachexie cancéreuse n'ont point de raisons pour ne pas rentrer dans cette loi générale et c'est là, en ces lieux d'élections, que nous trouverons localisés les végétations symptomatiques de cette affection.

En principe, tout point de l'endothélium cardiaque peut être touché par le processus infectieux qu'il s'agisse du cœur droit ou du cœur gauche, des valvules où de la paroi ventriculaire, et réagir par la production de végétations ou d'ulcérations. Mais on sait aussi que d'une façon générale, les végétations d'endocardite ont des régions d'élection. Ici encore, les cas qui nous occupent rentrant dans la loi générale ne manqueront pas de se soumettre à cette règle et ce sera, ainsi qu'en témoignent nos observations, le cœur gauche qui dans la presque totalité des cas sera atteint au niveau de la mitrale et des sigmoïdes aortiques.

Quel est maintenant de ces deux orifices, celui qui est le plus fréquemment atteint. Il nous a semblé que la proportion était sensiblement la même dans les deux cas. D'ailleurs il arrive souvent que le processus inflammatoire n'est pas localisé uniquement à l'un d'eux et que l'on trouve à la fois des végétations à l'orifice mitrale et aortique, parfois même aussi, mais beaucoup plus rarement, à l'orifice tricuspide.

Nous pouvons, à ce sujet, schématiser nos observations de la façon suivante :

La mitrale est seule touchée : 6 fois.

Observ. : V, VI, XI, XII, XV, XVI.

Les sigmoïdes aortiques sont seules touchées : 6 fois.

Observ. : I, II, III, IV, VII, XIII.

La mitrale et les sigmoïdes sont touchées : 2 fois.

Observ. : VII, IX.

Mitrale, sigmoïdes et tricuspide sont touchées : 1 fois.

Observ. : XIV.

L'endocarde pariétal est seul touché ; 1 fois.

Observ. : X.

L'endocardite aiguë due à une infection banale telle que celle qui nous intéresse ici, peut-elle se développer sur un endocarde parfaitement sain, n'ayant jamais antérieurement été frappé par un processus inflammatoire aigu ou chronique. La question a été fort discutée et plusieurs auteurs ont admis l'extrême rareté de ce fait. Pour eux, il existerait toujours soit une cicatrice d'endocardite chronique soit une plaque d'athérôme. Seul le rhumatisme et la tuberculose aurait la propriété de créer une lésion primitive.

Dans un processus infectieux la localisation d'une endocardite aiguë ne serait pas alors livré au hasard. Elle se ferait toujours en un point de moindre résistance doué de susceptibilité particulière créé par la lésion ancienne de l'endocarde. Cette susceptibilité serait même telle qu'elle provoquerait une véritable prédisposition.

Goodhart dit que, sur 69 cas d'endocardites ulcéreuses relevés par lui, 61 étaient des cas d'inflammation aiguë survenue sur des valvules anciennement épaissies. Monsieur le professeur Tripier note la même idée en ces termes :

« C'est encore sous le même aspect de la coexistence de lésions anciennes et récentes que nous avons trouvé de l'endocardite chez des sujets ayant succombé à des affections cancéreuses diverses ».

Et il ajoute cette notion de l'endocardite à répétition chez tout individu qui ayant fait une fois une poussée d'endocardite rhumatismale ou tuberculeuse se trouve par la suite soumis à une infection. Nous retrouverons et utiliserons cette notion au point de vue du diagnostic.

Parmi les observations recueillies ici, nous trouvons dans la moitié des cas une localisation au niveau d'une lésion ancienne. Mais nous ne comptons là que les cas qui ont été explicitement notés et il est permis de supposer qu'un processus ancien n'ayant laissé que des lésions insignifiantes au point de vue macroscopique, sans rétrécissement ou insuffisance nette, soit passé inaperçu à l'autopsie. Bien souvent d'ailleurs nous lisons : aorte athéromateuse, mais sans qu'il ne soit rien indiqué pour les sigmoïdes où sont allées se localiser les végétations de l'endocardite récente. On peut alors supposer que dans quelques cas au moins il y ait eu une atteinte légère du voisinage. Aussi sans nier la possibilité d'endocardite aiguë primitive au cours d'une cachexie cancéreuse, pensons que celle-ci ne représente pas la règle et que dans la plupart des cas la localisation se fait au niveau d'un point de l'endocarde précédemment touché d'une façon évidente ou occulte.

Sur nos seize observations nous trouvons noté huit fois des lésions anciennes, chroniques au lieu où se sont implantées les végétations récentes. Dans les huit autres cas il n'était rien noté.

Ces lésions anciennes étaient dans les observations I et II représentées par des plaques d'athérome siégeants sur les valvules sigmoïdes. Dans ces deux cas l'orifice aortique a été seul touché par le processus récent.

Dans les observations : VIII, XII, XIII, XIV, XV, XVI, c'était des cicatrices d'endocardites anciennes qui avaient crée à ce niveau la lésion d'appel.

Et il est à noter que chaque fois que l'on a trouvé une lésion ancienne c'est en ce point et non en un autre que s'est produit le processus inflammatoire nouveau.

Dans la majorité des cas que nous avons recueillis, l'endocardite se manifestait sous l'aspect de petites végétations fibrineuses en forme de choux-fleurs, plus ou moins adhérentes. Dans le cas où ces végétations auraient été emportées par le courant sanguin on trouverait à leurs places une simple érosion de l'endocarde. Microscopiquement, seules les couches superficielles sont atteintes, mais on constate que la zone où se forme le petit bloc fibrineux ne représente que le point de l'endocarde le plus lésé par l'infection. Tout autour de celle-ci en effet existe une collerette inflammatoire qui double où même triple l'étendue réelle de l'endocardite.

Dans un cas seulement (Observation XI) nous trouvons noté un processus ulcéreux qui d'ailleurs était associé à des végétations pour donner une forme ulcéro-végétante nette. Remarquons tout de suite que, chez le malade en question, l'état général était très grave, la température élevée et que l'autopsie permit de cons-

tater la présence d'une péricardite purulente que nous croyons devoir être rapportée à la même origine.

En résumé nous voyons que au cours de la cachexie cancéreuse, lorsque l'endocarde est touché par un processus infectieux, il réagit en général par la formation de végétations rarement par celle d'ulcérations.

En outre ce processus inflammatoire se localise en des points d'élection communs à toutes les endocardites aiguës, tout particulièrement sur le cœur gauche. Nous retrouvons enfin ici la notion de moindre résistance créée par une liaison ancienne et formant appel au microorganisme pathogène.

CHAPITRE III

L'endocardite aiguë, qui prend naissance au cours de la cachexie cancéreuse, est, dans la très grande majorité des cas, une constation d'autopsie. Nous venons de le voir, ces endocardites se développent chez des sujets épuisés par une longue maladie, dont la nutrition se fait mal et souvent en proie, de par leur affection même, à des causes multiples d'infection et d'auto-intoxication.

Il est alors bien difficile, au milieu de tout ce complexe morbide, de démêler ce qui revient à la maladie première ou à la complication qui est venue frapper l'endocarde. Nous ne nous étonnerons donc pas qu'au cours de l'évolution d'un néoplasme le diagnostic précis, anatomique et étiologique, d'endocardite aiguë ne soit point fait en général, la plupart du temps même ne soit pas soupçonné.

Les symptômes généraux sont forts difficiles à identifier. Peu intenses d'ailleurs dans la majorité des cas, ils sont noyés parmi ceux qui relèvent directement du néoplasme. Ils n'attirent pas l'attention, ou n'y attache pas d'importance. Et en effet ce n'est que lorsque l'évolution du néoplasme, la cachexie qu'il a provoquée, ont mis l'organisme en état de déchéance complète, que l'on voit apparaître la complication infectieuse qui nous occupe, souvent associée à d'autres manifestations de même origine.

Et l'on peut constater que dans tous les cas où l'autopsie révéla la présence de végétations d'endocardites, il s'agissait de néoplasme à évolution suffisamment lente pour permettre à l'infection d'avoir le temps de se développer. Un néoplasme qui provoque une sténose pylorique complète, par exemple, tue le malade du fait de la sténose elle-même, mais l'infection n'a pas le temps de venir s'y surajouter.

Parmi ces symptômes généraux cependant, la température a semblé devoir être mise en lumière.

Messieurs Devic et Chattin et plus particulièrement Garcin (Thèse de Lyon 1893) ont étudié en effet la fièvre au cours de la cachexie cancéreuse. Ils ont montré notamment que les ascensions thermiques que l'on pouvait y observer étaient dans la majorité des cas liées à l'infection et qu'à côté de la fièvre essentielle il y avait lieu de décrire une fièvre de complications. Il n'en reste pas moins que, dans la plupart des cas, il est fort difficile de les différencier l'une de l'autre. Et si même on pouvait soupçonner une complication infectieuse, rien ne pourrait dans ce fait orienter plus particulièrement vers une endocardite. Sans doute il ne faut pas négliger de suivre la courbe de température d'un cancéreux cachectique mais nous ne croyons pas qu'il faille fonder sur son étude trop d'espérances pour le diagnostic d'endocardite aiguë.

Les signes physiques sont-ils susceptibles de nous donner des renseignements plus précis ? Cela incontestablement oui. C'est ainsi que dans six des observations que nous avons réunies :

Observations : I, II, VII, VIII, IX, XI, l'autopsie montra

des lésions récentes qui durant la vie du malade s'étaient manifestées à l'examen par des modifications du rythme.

Cependant nous ne retiendrons pas l'observation VII dans laquelle les bruits de souffle étaient si inconstants qu'ils furent jugés insuffisants pour faire admettre l'existence d'une lésion orificielle.

Il nous reste donc à envisager les cinq autres cas où on diagnostiqua sans toutefois en déterminer la cause une lésion orificielle.

Dans les observations I et VIII il fut perçu au chevet du malade un souffle diastolique, symptomatique d'une insuffisance aortique.

Dans les observations IX et XI il s'agissait de souffle systolique de la pointe qui fut rapporté à une insuffisance mitrale.

Enfin dans l'observation II il s'agissait d'une malade porteur d'un rétrécissement aortique athéromateux mais chez laquelle le deuxième bruit n'était pas perçu dans la région aortique. D'autre part, le pouls ayant, au moins dans une certaine mesure les caractères de celui de Korrigan, Monsieur le Docteur Bouchut put admettre l'existence d'une insuffisance aortique.

Dans ces cinq cas donc, l'examen du cœur a permis de diagnostiquer une lésion endocarditique bien que celle-ci comme on le constata à l'autopsie fut constituée par des lésions récentes, végétantes où ulcéro végétantes.

Il s'agissait là de signes bien nets, bien différenciés et qui mettaient directement sur la voie de la lésion. Mais ce n'est point la règle et bien souvent on ne constate que

des signes inconstants si variables d'un moment à l'autre que l'on n'ose les rattacher à leur cause véritable. C'est ce qui s'est passé dans l'observation VII ainsi que nous le notions quelques lignes plus haut.

Enfin nous avons envisagé là les cas où nous possédions à l'examen du malade des signes physiques mais on sait que bien souvent des végétations d'endocardite aiguë même volumineuses, même implantées sur les valvules cardiaques, ne donnent aucun signe à l'auscultation. C'est ce qui se passe dans bien des cas d'endocardites rhumatismales aiguës qui ne se révèlent au médecin par leurs signes cardiaques que le jour où, un processus chronique succédant à la lésion inflammatoire aiguë, a créé une lésion permanente de l'orifice considéré. Pourquoi en serait-il autrement ici.

Notons, enfin, en passant, qu'il peut se rencontrer des cas, rares d'ailleurs, d'endocardites pariétales qui ne donneront naturellement rien à l'auscultation. Tel est le cas rapporté par M. le docteur Giraudeau et que nous avons cru devoir consigner ici dans l'observation X.

Ainsi donc cinq fois sur seize les signes physiques permirent d'établir un diagnostic. Mais ce ne fut jamais qu'un diagnostic anatomique de la lésion ; le diagnostic étiologique, sans doute plus intéressant ne fut pas fait.

L'insuffisance constatée peut, en effet, être due à un processus ancien qui jusque là sera passé inaperçu. Il ne faut pas oublier que l'on a affaire bien souvent à des cardiaques cancéreux. L'endocardite aiguë au cours de la cachexie cancéreuse se voit avec prédilection, avons-nous dit, chez des sujets porteurs de lésions d'endocardites chroniques. Et c'est alors presque toujours sur l'orifice

déjà lésé que viennent, en ce point de moindre résistance, se greffer les végétations nouvelles.

Il faut alors démêler ce qui est chronique de ce qui est aiguë et cela est fort difficile, souvent impossible. C'est ce qui s'est passé dans nos observations XII, XII, VIV, XV où des lésions anatomiques furent bien constatées à l'auscultation, mais où on les rapportat à des processus anciens qui avaient intéressés les valvules considérées sans se douter de l'inflammation récente surajoutée dont elles étaient le siège.

Peut-être l'inconstance même des signes physiques, le timbre parfois plus piaulant de ces souffles, la tachycardie et l'état général du malade peuvent amener à discuter le diagnostic d'endocardite aiguë ; mais c'est un doute que l'on émet alors et le plus souvent on en peut aller plus loin.

Ajoutons encore que, dans les cas où on entend un souffle à l'auscultation du cœur d'un cancéreux, le diagnostic différentiel reste à faire avec un souffle extracardiaque ou anémique. Ces derniers, très fréquents au cours de la cachexie cancéreuse, invitent le clinicien à penser tout d'abord à eux.

En résumé nous pouvons donc dire que difficile à faire déjà au cours d'une infection quelconque, le diagnostic d'endocardite aiguë est encore beaucoup plus délicat au cours de la cachexie cancéreuse. Les symptômes fonctionnels se confondent entièrement avec ceux de la maladie causale, à part peut être la fièvre dans certaines conditions. Quant aux signes physiques qui sembleraient devoir mettre à coup sûr sur la voie, ils manquent souvent et, lorsqu'ils existent, sont représentés par des

bruits de souffle à l'auscultation du cœur. Ils se rapprochent alors des lésions chroniques souvent concomitantes, où bien des souffles anémiques fréquents dans le cours de la maladie cachectisante qu'est le cancer. On entend quelque chose, mais on ne songe pas à l'endocardite qui est rare alors que l'anémie est fréquente où que les lésions anciennes sont certaines.

Il est cependant diverses manifestations qui doivent, dans ce cas, vous orienter vers le diagnostic, le faire discuter en tout cas.

Ainsi que nous l'avons montré, l'endocardite aiguë, n'est en effet, qu'une localisation d'un état général septicémique du cancéreux, et il est bien rare que l'endocarde soit seul lésé. Dans ce groupe de complications, la phlébite tient une place prépondérante mais on peut constater aussi un abcès métastatique, une péricardite suppurée, etc...

Nous croyons donc que chez un cancéreux qui présente déjà des manifestations d'un état septicémique et chez qui l'auscultation du cœur révèle des signes anormaux, difficilement explicables, à plus forte raison si cet individu est porteur d'une lésion cardiaque chronique, il y a lieu de craindre une localisation de l'agent infectieux au niveau de l'endocarde. Le diagnostic de ce fait est tout au moins orienté et pourvu que l'on soit prévenu, on rapporte plus facilement un symptôme à sa véritable cause.

Dans ces six cas, en effet, nous notons la présence d'une phlébite concomitante : Observations V, VI, VII, IX, XII et XVI. Dans l'observation IX en particulier en plus de la phlébite on notait un souffle d'insuffisance

mitrale inexpiquée par une lésion ancienne connue. Nous pensons qu'en rapprochant ces deux faits on pouvait au moins prévoir la possibilité d'une endocardite aiguë.

Dans l'observation VIII c'est un noyau suppuré du foie qui joint à la présence d'un souffle diastolique à la région aortique aurait pu mettre sur la voie du diagnostic étiologique.

L'endocardite aiguë au cours du cancer évolue sournoisement, sans grandes manifestations, mais elle peut déterminer des complications plus bruyantes. Bien souvent il arrive qu'un débris de végétation se détache et est entraîné par le courant sanguin. Ce débris provoque alors un infarctus dans un organe tel que le rein, la rate. Si l'embolus se fait au cerveau, il en résulte un ictus avec souvent hémiplegie ainsi que le fait s'est réalisé dans trois de nos observations : Obs. VII, IX, XV.

Il est à remarquer que dans les observations VII et IX on est en droit de rapporter l'embolus à la phlébite concomitante et nettement individualisée, alors que le diagnostic d'endocardite aiguë n'était point fait. Toutefois dans l'observation VII, l'autopsie montra que l'obstruction de la sylvienne avait été produit par un noyau embolique ayant les caractères d'un débris de végétation.

Ces complications emboliques qui se produisent chez un cancéreux nous semblent donc au même titre que les accidents pyo-septicémiques divers que l'on peut constater au cours de la cachexie devoir servir pour une large part au diagnostic, mettre sur la voie tout au moins et permettre d'interpréter dans leur véritable sens, une lésion anatomique cardiaque dont l'étiologie jusqu'alors pouvait rester, à juste titre, entièrement indécelée.

CHAPITRE IV

Envisageons maintenant très rapidement le côté pronostic de la question.

Il s'agit ici par définition même de cancéreux et qui plus est, arrivés à la période cachectique. Les ressources de la science sont à l'heure actuelle bien impuissantes vis-à-vis d'un tel fléau et la complication nouvelle ne peut guère assombrir davantage le tableau.

L'évolution, en général latente de l'endocardite aiguë, passe comme nous l'avons vu à peu près inaperçue et ce n'est guère qu'une avance de quelques heures qu'elle pourrait donner à l'échéance devenue fatale. Elle agit là comme manifestation de la septicémie qui joint ses effets à ceux de la cachexie pour donner au cancéreux de la période ultime son masque si symptomatique.

Mais cependant parmi les suites de cette endocardite nous avons noté l'embolie cérébrale et l'ictus consécutif. L'importance de ce fait, au point de vue du pronostic, n'est point à dédaigner. L'issue fatale peut être ainsi brusquée et dans le cas où le diagnostic d'endocardite aiguë aura pu être porté, il y aurait peut être intérêt à prévenir l'entourage du malade de cette éventualité. Mais, bien souvent, ce sera seulement en constatant un jour une hémiplegie que le médecin sera amené en en cherchant la cause à soupçonner la lésion cardiaque.

OBSERVATIONS

Nous résumons ici les seize observations que nous avons pu réunir et qui ont servi de bases à cette étude. En outre des quatre observations inédites que nous devons à l'obligeance de Monsieur le docteur Bouchut, nous avons trouvé les autres dans la littérature. Quatre, en particulier, ont été empruntées à la thèse de Berthier, soutenue à Lyon en 1906, et proviennent de la collection personnelle de Monsieur le professeur Devic. A propos de chacune d'elles nous indiquerons d'ailleurs la source où nous les avons puisées.

OBSERVATION I (Docteur Bouchut).

Diagnostic : Cancer de l'œsophage. Insuffisance aortique.

Autopsie : Confirmation. Insuffisance aortique par endocardite récente.

C. ., 80 ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse le 22 novembre 1919.

Renseignements fournis par le fils de la malade : L'affection actuelle aurait débuté il y a trois semaines ; auparavant la malade allait bien. Le début a été progressif, sans fièvre. A l'entrée, l'examen de la malade montre un état général encore assez bon avec une température oscillant entre 37 et 38°. Mais la malade se plaint d'avoir beaucoup maigri. Elle accuse, en outre, des troubles de déglutition très marqués qui sont

apparus il y a trois ou quatre semaines. A l'heure actuelle elle ne peut avaler que du lait. La langue est sèche, l'abdomen souple. On note une constipation opiniâtre, mais pas d'autres troubles digestifs. La palpation du foie ne fait rien sentir d'anormal, la rate n'est pas perçue. Pas de ganglions cervicaux ni axillaires. Quelques tout petits ganglions inguinaux.

A l'examen des poumons on ne constate à peu près rien du côté droit. La sonorité est normale, les vibrations sont conservées. Quelques roncus, mais pas de râles à l'auscultation.

Du côté gauche, au contraire, on constate une matité absolue du sommet à la base, en avant et en arrière. L'idée de pleurésie qui vient à l'esprit est éliminée du fait qu'il n'y a aucune déviation du cœur dont la pointe bat sous le mamelon gauche et que l'espace de Traube est sonore. Les vibrations, très atténuées, ne paraissent pas absolument abolies. A l'auscultation on a surtout du silence respiratoire sauf tout à fait au sommet en arrière où l'on perçoit faiblement le murmure. Au point de vue fonctionnel, la malade ressent une douleur d'ailleurs modérée de ce côté. La dyspnée est peu marquée, nulle au repos. La toux assez fréquente, s'accompagne d'une expectoration légèrement rôtie, d'odeur fade.

On note de plus un syndrome médiastinal caractérisé par la dysphagie dont nous avons parlé et par une inégalité pupillaire qui révèle une compression du sympathique. On note aussi de la dysphonie. Pas de troubles de la circulation veineuse.

L'examen radioscopique montre une obscurité totale homogène du haut en bas de tout l'hémithorax gauche sans déviation du cœur ni du médiastin. A l'œsophage on constate une accumulation du bismuth à la partie moyenne de la zone thoracique avec formation d'une poche bien apparente qui se vide ensuite peu à peu. Sténose probable assez serrée mais avec un certain degré de perméabilité.

Il semble donc que l'on ait affaire là à un néoplasme de l'œsophage généralisé au poumon gauche.

D'un tout autre côté on constate, à l'examen du cœur, une insuffisance aortique tout à fait latente au point de vue fonctionnelle et caractérisé par un souffle diastolique ayant son maximum et sa plus grande netteté au niveau et même en dehors de la pointe. Il se propage jusqu'à l'appendice xyphoïde et remonte le long du sternum, mais en s'atténuant beaucoup jusqu'au premier espace. Pas de signes de sténose mitrale. Pas de rétrécissement aortique. Pas de Durozier.

Quant à la cause de cette cardiopathie, elle échappe. Pas de rhumatisme, pas de spécificité.

Le 1^{er} décembre : L'état général, bon à l'entrée, est devenu plus précaire. Depuis deux jours la malade présente de la température. Elle est devenue très dyspnéique.

La malade est décédée le 2 décembre.

Autopsie. — Pas de liquide dans le péritoine.

A l'ouverture du thorax on constate dans les deux plèvres du liquide évalué à environ un demi litre de chaque côté. Les plèvres viscirale et pariétale présentent quelques exsudats récents. On note en outre, à gauche, quelques adhérences au tiers inférieur.

OEsophage : Gros néoplasme bourgeonnant, peu sténosant au niveau du tiers inférieur vers la crosse aortique. Partout réaction de voisinage assez intense sous forme de tissu lardacé unissant l'œsophage, la trachée et l'Aorte. Pas de fistule œsophago-trachéale. Le néoplasme œsophagien pousse un bourgeon saillant dans la bronche gauche qu'il obstrue en partie.

Poumon droit : Quelques noyaux de généralisation superficiels et, à la base droite, l'un deux, gros comme une noix, est sphacielé.

Poumon gauche : Nombreux noyaux de généralisation sous forme d'infiltration un peu diffuse sans qu'il s'agisse pourtant

d'un néoplasme massif. Tous ces noyaux sont de consistance molle, encéphaloïdes, s'écrasant facilement sous les doigts. En quelques points même il y a de véritables foyers de sphacile.

Les bronches sont pleines d'un pus épais, crémeux, dû à la fois à l'état du poumon et à l'obstruction relative de la bronche gauche.

Cœur : Lésions athéromateuses au niveau de l'Aorte dans la région sus-sigmoïdienne et au niveau de la petite valve au lieu d'élection ainsi que sur la face externe de la grande valve.

Pas de rétrécissement ni d'insuffisance mitrale.

Léger degré d'insuffisance aortique réalisé par des exsudats récents d'endocardite au niveau des bords libres des valvules et également au niveau des commissures qui sont, sur une certaine étendue, unies par des adhérences assez lâches et paraissant récentes.

Pas de signes de syphilis aortique.

Rien à signaler aux autres organes.

OBSERVATION II (Docteur Bouchut)

Diagnostic : Néoplasme secondaire du foie, subictère, néoplasme primitif de l'estomac probable.

Athérome, rétrécissement aortique, insuffisance aortique probable.

Autopsie : Cancer secondaire du foie Néoplasme du colon transverse. Rétrécissement aortique athéromateux. Insuffisance aortique par végétations d'endocardite récente.

M...., 70 ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 17 juillet 1919, pour faiblesse générale.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Au point de vue personnelle, la malade n'accuse rien, sauf la rougeole à dix ans. Mariée à trente-huit ans, son mari est mort accidentellement.

Elle a eu une fille morte à 28 ans, tuberculeuse, semble-t-il. Pas d'éthylisme.

La malade fait remonter sa maladie actuelle au mois d'octobre de l'année passée où elle a eu la grippe, dit-elle. Elle resta au lit une dizaine de jours puis reprit son métier de blanchisseuse, quoi que se sentant toujours bien fatiguée. Elle toussa de temps en temps l'hiver dernier, crachant abondamment. De plus elle se plaint d'avoir beaucoup maigri. Depuis trois mois elle a un dégoût absolu pour la viande, le pain et les légumes, ne prenant pour toute nourriture qu'un peu de lait et de café.

La malade prétend avoir remarqué du sang dans ses matières depuis six ans, mais n'a vomi qu'une fois il y a quinze jours.

A l'examen on se trouve en présence d'une maladie très amaigrie, aux téguments pâles, jaunâtres, aux muqueuses également un peu décolorées.

Pas d'œdèmes aux membres inférieurs. Disque moyen d'albumine.

L'examen de l'abdomen révèle un foie énorme, descendant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, se prolongeant dans l'hypochondre gauche, irrégulier, indolore. Il n'y a pas d'ascite et on ne perçoit pas la rate. Il s'agit d'un gros néoplasme secondaire du foie consécutif très vraisemblablement à un néoplasme primitif gastrique latent.

L'examen des poumons est négatif.

Au cœur la pointe bat dans le X^e espace. On perçoit au foyer aortique un souffle systolique symptomatique d'un rétrécissement aortique. Il s'entend au maximum au lieu d'élection, se propageant vers les deux clavicules et en écharpe vers la pointe où il disparaît complètement. En outre on ne perçoit pas le second bruit dans toute la région aortique. Cette dernière constatation, malgré l'absence de souffle diastolique, renferme l'hypothèse d'insuffisance aortique, hypothèse confirmée par les caractères du pouls qui sont ceux de Corrigan au moins dans une certaine

mesure. Pas de Durozier, pas d'autres signes périphériques. Rien à la pointe.

A l'examen du système nerveux on ne note rien si ce n'est l'existence de chaque côté d'un beau réflexe contro-latéral des adducteurs malgré l'absence de tout symptôme d'hémiplégie ou de paraplégie. Les réflexes rotuliens sont normaux et la malade n'a aucun trouble moteur ou sensitif.

Le 23 juillet 1919. La malade est en voie d'agonie. On ne retrouve plus le réflexe contro-latéral si net il y a deux jours. D'ailleurs le réflexe rotulien est à peine ébauché.

La malade est morte le 24 juillet.

Autopsie : Pas de liquide ni dans les plèvres, ni dans le péritoine. Symphyse pleurale totale droite, lamelleuse et peu épaisse. Pas de lésions pulmonaires si ce n'est un peu de sclérose discrète et diffuse.

Le cœur n'est ni gros, ni dilaté. On constate un rétrécissement aortique assez serré d'origine athéromateuse. Les nids de pigeons sont infiltrés de grosses plaques calcaires qui rendent les valvules rigides.

En outre, l'épreuve de l'eau montre une insuffisance aortique légère mais nette; les bords valvulaires ne s'accolant pas parce qu'au niveau de cette surface existent des végétations d'endocardite récente.

Pas de lésions de la mitrale. L'oreillette droite présente un endocarde blanchâtre un peu épaissi. Rien au ventricule droit.

L'aorte est athéromateuse surtout au niveau de la portion ascendante où l'on trouve des plaques ulcérées.

Les reins présentent une capsule épaissie, granuleuse et adhérente. Les calices du rein droit sont dilatés et remplis de sable rougeâtre sans calculs véritables. Le rein gauche présente une ou deux cicatrices d'infarctus anciens.

La rate présente, sur son pôle supérieur, une zone un peu saillante, arrondie, de consistance ferme, un peu jaunâtre, qui

ressemble davantage à un noyau de généralisation qu'à un infarctus.

Le foie est énorme, il pèse 3150 grammes. Il est bourré de noyaux de généralisations. La vésicule contient cinq ou six calculs à facettes de cholestérine.

Rien à l'estomac.

Sur le colon transverse, à dix centimètres environ de l'angle droit, on trouve un néoplasme ulcéré, saillant dans la lumière et ne rétrécissant que très partiellement le conduit.

Nombreux ganglions mésentériques néoplasiques.

OBSERVATION III (Docteur Bouchut)

Diagnostic : Pneumonie caséuse de la base droite.

Autopsie : Pneumonie caséuse. Tubercules anciens des sommets. Néoplasme diffus de l'estomac, infiltrant la paroi dans toute son étendue et entièrement silencieux. Endocardite terminale.

D... ., 84 ans, entrée à l'hôpital de la Croix Rousse, le 13 décembre 1919, pour une grande faiblesse.

Par suite de l'état de la malade, l'interrogatoire est à peu près impossible. On note une température de 36° à l'entrée, mais, au bout de deux jours, celle-ci est montée à 38°, et elle se maintient à ce niveau.

La langue est un peu sèche. On ne trouve rien à l'examen de l'abdomen. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Rien au cœur.

A l'examen des poumons on constate, à la base droite, des signes ayant une allure pseudo-cavitaire : souffle tubo-creux, râles gargouillants, matité, exagération des vibrations. Etant donné que la malade paraît très cachectique, qu'elle tousse et maigrit beaucoup depuis deux mois, l'hypothèse de pneumonie

tuberculeuse, du type ulcéro caséeux, paraît assez vraisemblable malgré l'absence de signes de localisation aux sommets. D'ailleurs la malade n'a pas l'allure d'une pneumonique banale : peu de température, la langue n'est pas rôtie, elle ne paraît pas dyspnéique. L'expectoration est abondante et purulente.

Autopsie : le 21 décembre 1919.

Pas de liquide dans les plèvres ni dans le péritoire.

L'estomac est le siège d'un néoplasme étendu, depuis le pylore jusqu'au cardia, infiltrant les parois et rétractant l'organe comme une linite plastique. Il s'agit pourtant de néoplasme car il existe sous la nuqueuse plusieurs noyaux.

Rien à l'intestin ni au foie.

Les reins sont petits, atrophiques, avec quelques petits kystes. Au poumon gauche on note une adhérence pleurale du sommet dont la partie tout à fait supérieure est transformée en un bloc fibreux et anthracosique au sein duquel on trouve un petit spéloncle du volume d'un haricot et de contenu purulent.

Au poumon droit, on trouve au sommet des tubercules crétaçés et anthracosiques. Le lobe inférieur est le siège d'une pneumonie caséuse à type lobulaire plutôt que franchement lobaire.

L'aorte élargie est très peu athéromateuse.

Le cœur est petit sans autres lésions que de petites végétations d'endocardite terminale sur les nodules d'Arrautins.

Rien à la mitrale ni à la tricuspide.

OBSERVATION IV (Docteur Bouchut)

Diagnostic : Anémie symptomatique d'un néoplasme gastrique probable. Néoplasme secondaire du foie.

Autopsie : Enorme cancer colloïde de l'estomac étendu du pylore au cardia. Noyaux secondaires au foie.

Tuberculose ancienne des sommets.

Végétations d'endocardite terminale au niveau des valvules d'Arrautius.

M..., 63 ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 17 décembre 1919, parce qu'il souffre au ventre.

Parmi ses antécédents on note deux frères morts tuberculeux vers l'âge de 20 ans. Lui-même a toujours eu une bonne santé habituelle et il ne voit dans sa vie qu'une typhoïde vers l'âge de 7 ans et une bronchite vers 55 ans. Pas de signes de tuberculose ni de syphilis. Un peu d'éthylisme. Il n'avait pas souffert de l'estomac quand, il y a 5 mois, il a perdu l'appétit. Jamais de vomissements ni d'hématémèses. Jamais de *moelena* contrôlé par le malade. Il a maigri d'une dizaine de kilogs au moins, dit-il. Actuellement on ne constate pas de fièvre. Le malade a perdu l'appétit mais n'a pas de dégoût électif pour la viande. Pas de dysphagie ni de gêne de la déglutition. Quand il a mangé il a l'estomac lourd, et éprouve parfois quelques douleurs épigastriques mais très vagues. Ni diarrhée, ni constipation.

La langue est un peu sèche. A la palpation on sent une masse occupant la région épigastrique et l'hypochondre droit descendant jusqu'au dessous de la ligne ombilicale. Le foie est un peu douloureux à la palpation. On ne sent pas réellement de noyaux marronnés mais le bord libre est irrégulier et présente quelques bosselures. Il paraît bien s'agir d'un foie néoplasique secondaire.

L'estomac ne peut pas être perçu, il ne paraît pas grand. Pas de clapotage ni de succution. Il n'y a pas de tension ni d'ondes. A aucun moment d'ailleurs le malade n'a présenté de signes de sténose pylorique.

Rien autre à l'abdomen. Le toucher rectal est négatif.

L'auscultation ne révèle rien aux poumons.

L'examen du cœur est négatif. Les bruits sont réguliers sans souffles.

Les pupilles sont égales, réagissant bien Les réflexes sont conservés.

Autopsie : le 21 décembre 1919.

Un peu de liquide citrin dans le péritoine.

Léger hydrothorax à gauche.

Rien à noter au poumon gauche. A droite on trouve une symphise pleurale totale et ancienne, infiltrée d'oedèmes récents. Au sommet lésions de tuberculose ancienne sous forme de petits tubercules crétaçés.

Le foie est énorme, farci de noyaux néoplasiques.

L'estomac est le siège d'un énorme cancer colloïde, végétant, parti de la petite courbure et généralisé à tout l'estomac, s'arrêtant d'une part au pylore et de l'autre, du moins dans sa forme végétante, au cardia, mais envahissant l'oesophage jusqu'à sa partie moyenne sous forme d'un semis, de granulations néoplasiques.

L'estomac est plein de sang, de même que l'intestin, et le malade est certainement mort d'hémorragie bien qu'il n'ait pas eu d'hématémèses.

Les reins ne présentent pas de lésions de néphrite mais on y trouve des cicatrices d'infarctus anciens.

Le cœur ne montre pas de lésions sauf un peu d'athérome sus-sigmoïdien. A signaler une ou deux petites végétations d'endocardite terminale au niveau des valvules sigmoïdes sur les nodules d'Arrautins.

OBSERVATION V (Résumée).

(Collection de M. le Professeur Bard,
in Thèse de Maquet, Lyon, 1897)

Diagnostic : Cancer de l'estomac. Phlébite de fémorale gauche.

Autopsie : Cancer de la petite courbure ayant envahi en plaque

la presque totalité de l'organe. Endocardite aigüe végétante de la mitrale. Infarctus septiques de la rate et des reins.

G. M..., 56 ans, couturière, entrée le 19 avril 1898, dans le service de M. Bard, morte le 26 mai 1898.

Sa mère est morte à 54 ans d'un néoplasme de l'utérus. Une de ses sœurs est morte d'un cancer de l'estomac, une autre d'un cancer à l'utérus.

L'affection actuelle a débuté il y a 5 mois par des douleurs à l'épigastre de l'anorexie pour la graisse et la viande. Pas d'hématémèses ni de mœlena. Vomissements rares. Depuis un mois, diarrhée.

Il y a un mois aussi est apparue une phlébite à la jambe gauche mais depuis longtemps la malade avait un peu d'œdème bilatéral des membres léger et intermittent.

L'examen actuel montre une malade très cachectique, au teint pâle un peu jaune, sans ictère. La langue étalée est un peu sale. A l'abdomen on sent et on voit se dessiner, sous la paroi très amaigrie, une tumeur dure, volumineuse, occupant tout l'hypochondre gauche. L'estomac n'est pas dilaté.

Rien aux poumons. Le foie paraît normal.

Au cœur : pointe dans le V^e espace sous le mamelon.

Rien à l'auscultation. Pouls petit, très dépressible, 88 à la minute. Pas de fièvre.

On note un disque épais d'albumine dans les urines. L'œdème des jambes est mou, douloureux, surtout à gauche, occupant seulement le pied et la région péri-malléolaire. Il a complètement disparu le 20 mai.

Autopsie : Infiltration néoplasique très étendue de l'estomac, pré pylorique mais n'intéressant pas le pylore lui-même. La muqueuse est ulcérée.

Pas de généralisation. Chaîne ganglionnaire le long de la colonne.

Le cœur est petit, d'aspect extérieur normal. En l'ouvrant,

on constate, dans l'angle interne de la mitrale, sur un centimètre de long environ, une végétation en choux fleurs assez volumineuse, très molle quoique assez solidement adhérente, d'origine inflammatoire sans caillots sanguins adhérents. Pas trace d'inflammation chronique.

La rate un peu augmentée de volume présente plusieurs infarctus. Les reins, non sclérosés, présentent plusieurs petits infarctus à centre verdâtre, d'aspect suppuré, entourés d'un petit cercle hémorragique étroit.

OBSERVATION VI (Résumée)

(V. Jaksch. Wiener médeecin Woch, p. 475. Avril 1883).

Diagnostic : Cancer de l'estomac. Coma.

Autopsie : Néoplasme gastrique avec généralisation aux poumons et à la plèvre. Végétations d'endocardite aiguë à l'orifice mitrale.

F. R..., 48 ans, entrée le 30 octobre 1882. Morte le 25 novembre.

Pas d'antécédents personnels.

A la Pentecôte 1882, perte brusque de l'appétit. Douleurs au creux épigastrique, nausées répétées. Mais le premier vomissement n'a lieu que 4 semaines avant l'entrée. Il est verdâtre, de saveur amère.

Le 6 novembre, la malade ne semble pas cachectique, la face est rouge. Pas de tumeur perceptible, à l'abdomen, pas de modifications microscopiques du sang. Ni sucre, ni albumine dans l'urine, mais beaucoup d'acide diacétique et d'acétone. Rien au cœur. Oédème de la jambe gauche. Taches hémorragiques à la face interne de l'avant-bras droit, à l'épaule, aux seins et aux cuisses.

Le 23 novembre, la malade est tout à fait dans le coma, pouls filiforme. Pas de souffles au cœur.

Autopsie : Estomac petit, contracté, à parois rigides. Cancer encéphaloïde diffus de la grosse tubérosité.

Le cœur est grasseux, son tissu est jaunâtre et dégénéré. Au sommet des 2 valves de la mitrale on voit 2 excroissances molles, rougeâtres, presque grosses comme des pois.

Plèvre épaissie et garnie de nodules miliaires cancéreux. Les poumons sont denses, parsemés de nodules cancéreux.

A l'ouverture du crâne, il se dégage une forte odeur d'acétone. Substance cérébrale anémiée.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Maurice Lebreton, Progrès médical, 1884, page 311)

Diagnostic : Cachexie cancéreuse. Embolie cérébrale.

Autopsie : Cancer encéphaloïde de l'estomac. Noyaux secondaires dans le péritoine, le foie, la rate et les reins.

Endocardie aiguë végétante de la mitrale et des sigmoïdes aortiques. Embolie de la sylvienne droite.

G..., 39 ans, entrée, le 24 septembre 1883, dans le service du docteur Sylvestre, à l'hôpital Saint-Antoine, morte le 7 octobre 1883.

La malade a fait un séjour, il y a 2 ans, à l'hôpital Tenon pour un phlegmon du ligament large. Elle en est sortie avec toutes les apparences d'une bonne santé.

A l'heure actuelle on note un teint cachectique et un état d'affaiblissement tel que la malade ne peut se tenir debout. Oédème notable de la jambe gauche. Elle souffre dans le flanc gauche depuis le mois de juin, a de la fièvre tous les soirs et son état va toujours en s'aggravant. Ni vomissement, ni diarrhée. On pense à une septicémie chronique.

Du 26 au 29 septembre s'installe une paralysie complète avec anesthésie de tout le côté gauche. Le 2 octobre la malade est dans un état de marasme absolu.

L'auscultation du cœur révèle à la pointe un bruit de souffle inconstant, insuffisant pour y faire admettre une lésion-orificielle.

Le 7 octobre elle s'éteint sans avoir présenté d'autres phénomènes.

Autopsie. — Cancer encéphaloïde de l'estomac occupant la partie gauche de la petite courbure. Trainées cancéreuses sous le péritoine aboutissant à des ganglions dégénérés le long de la petite courbure. Noyaux secondaires dans le péritoine diaphragmatique, le foie, la rate et les reins. Au cœur, on constate sur les deux faces des valvules mitrales, des végétations du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. On en retrouve de semblables sur les faces libres des stigmoïdes. Toutes ces végétations sont molles, friables, se détachant sous un courant d'eau un peu violent. A l'examen microscopique la partie libre est constituée par du tissu embryonnaire. La partie adhérente à plusieurs d'entre elles a subi, au contraire, un commencement d'organisation. On y trouve alors quelques vaisseaux.

L'aorte est déformée, athéromateuse.

Dans l'artère sylvienne droite on trouve, au point de bifurcation, un noyau embolique semblant constitué par un débris de végétation. Thrombose secondaire dans les bronches. Thrombose de la veine iliaque gauche.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Derville, Société anatomique de Paris, progrès médical, 1884)

Diagnostic : Cancer de l'estomac et du foie. Abscess du foie et fistule épigastrique. Méningite suppurée.

Le nommé P. ., 59 ans, journalier, entré, le 6 février 1884, dans le service de Monsieur Labbé, mort le 22 février.

Depuis six mois son appétit et ses forces ont notablement diminués en même temps que ses téguments prenaient une

teinte jaune paille caractéristique. On est frappé de l'état de maigreur du malade.

Sur la paroi abdominale antérieure, au niveau de l'épigastre on trouve une tuméfaction très nette assez volumineuse, avec peau rouge, violacée et chaude au toucher. On y constate de la fluctuation et une absence de battements tandis que la pression à ce niveau est douloureuse.

Le cœur paraît volumineux, la pointe dans le 6^e espace. A l'auscultation, souffle diastolique doux, avec maximum à la base près du sternal droit.

La tumeur est incisée et du pus s'écoule en assez grande quantité. La température est normale le 9 février. Le 19 on note un peu de céphalée, plus accusée le 20, tandis que la température monte à 40°.

Le 21 le malade est trouvé au réveil dans le coma avec respiration stertoreuse. Le pouls est rapide et fort. pas de contracture mais un peu de raideur des muscles de la nuque et des membres.

Le malade meurt dans la soirée du 22.

Autopsie : A l'estomac on trouve sur la face postérieure, près du pylore, une tumeur offrant le volume des deux poings et empiétant un peu sur la petite courbure. Cette tumeur fait saillie à l'intérieur de l'organe et est largement ulcérée en son centre.

Au niveau du foie, trois noyaux suppurés dont l'un a été ouvert par l'incision.

Un peu de liquide dans le péricarde. Le myocarde est légèrement sclérosé et l'aorte est très dilatée.

Les valvules sigmoïdes sont insuffisantes. La postérieure présente quelques végétations en forme de choux-fleurs, pédiculées et formées d'une série de granulations de la grosseur d'un grain de millet.

Méningite suppurée de la convexité.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Kelsch, Société médicale des Hôpitaux, 9 Décembre 1887)

Diagnostic : Phlébites multiples et successives. Hémiplégie. Aphasie. Cancer de l'estomac. Endocardite végétante. X..., officier, 45 ans, est admis au Val-de-Grâce le 31 janvier 1884. Mort le 12 avril 1884.

A son arrivée le malade présente une apirexie complète, un amaigrissement modéré. L'appétit est assez bon. Constipation habituelle.

Le foie et la rate sont normaux. Rien à la palpation du creux épigastrique. Rien au cœur.

Le 5 février on constate un gonflement douloureux de la veine jugulaire externe gauche. La peau est rouge et chaude. La veine distendue est oblitérée par un caillot qui se prolonge sans doute dans la sous-clavière, étant donné un léger œdème de la main gauche.

La thrombose de la jugulaire externe, très marquée le 7, commence à regresser le 8 février.

Le 14 février, à la suite de changement de lit du malade, ce dernier est frappé d'hémiplégie droite et d'aphasie, qui sont définitives le 15.

Le 2 mars on constate un œdème du dos de la main droite et, quelques jours plus tard même accident au membre inférieur droit avec douleur vive dans le mollet et fièvre légère.

Le 16 mars, à la suite d'efforts de vomissements, hématomène peu abondante et méléna.

Au cœur on perçoit un souffle doux, systolique, ayant son maximum d'intensité au niveau du mamelon, vers la ligne médiane du sternum.

Le 20 mars, teinte caractéristique des cancéreux. Le ventre est souple on n'y perçoit pas de tumeurs.

Dans l'aîne droite existe une petite masse ganglionnaire du volume d'une noix.

Décès le 12 avril. Dans les 15 derniers jours, fièvre vespérale.

Autopsie : A l'estomac on trouve six nodules cancéreux conglomérés, ulcérés.

Le cœur est flasque, dilaté et pâle. L'une des valves de la mitrale porte trois petites végétations, molles, fibrineuses, de dimensions inégales, dont la plus volumineuse ne dépasse pas la grosseur d'un pois. Elles sont placées à distance égale l'une de l'autre sur la face auriculaire, près du bord libre. Leurs surfaces sont irrégulières, verruqueuses, et les caillots y adhèrent fortement, laissant voir l'endocarde dépoli au niveau de leurs bases d'implantation.

Les valvules sigmoïdes présentent aussi, chacune, une petite végétation fibrineuse du volume d'une tête d'épingle implantée sur le nodule d'Arrautius

A la portion de la pointe correspondant au ventricule gauche on trouve un abcès du volume d'un œuf de pigeon rempli d'un pus fétide chocolat.

Ancien thrombus obstruant la jugulaire externe et une partie de la sous-clavière. Obstruction de la sylvienne gauche.

OBSERVATION X

(Cas cité par le docteur Giraudeau dans la Semaine médicale de 1894, p. 468)

Le docteur Giraudeau rapporte le cas d'une femme d'une cinquantaine d'années qui avait succombé à un cancer ulcéré de l'estomac ayant envahi toute la face antérieure de cet organe et présentant l'aspect encéphaloïde. Il existait, en outre, au niveau de l'endocarde ventriculaire gauche, près de la pointe du cœur, une végétation muriforme, étalée, dont la couleur et la consistance rappelaient celles des bourgeons cancéreux de l'estomac. Il va sans dire qu'il s'agissait là d'une simple apparence et que l'examen microscopique ne laissa aucun doute sur la nature inflammatoire de cette petite production.

OBSERVATION XI (Résumée)

(M. Pauly, Société des sciences médicales de Lyon, 1893)

Diagnostic : Cancer de l'estomac. Noyaux hépatiques, Endocardite ulcéreuse.

X..., âgé de 70 ans, entré le 17 mars 1893. Mort le 19.

Il était, le soir, en imminence de syncope, la température était de 36°,8. Le lendemain on pu constater un souffle systolique de la pointe très intense. L'état général est très grave, la température est montée à 39°,4.

Le malade faisait remonter le début de sa maladie à trois semaines environ. Il mourut deux jours après son entrée.

Autopsie : On trouve une ulcération néoplasique, large comme une pièce de deux francs, à bords abruptes, au niveau de la grande courbure de l'estomac.

Le foie est parsemé de nombreux noyaux secondaires volumineux. Les reins sont congestionnés.

Au cœur on a pu constater une insuffisance mitrale nette. La valve aortique de la mitrale présente sur sa face auriculaire, vers son bord adhérent, un trou large comme une tête d'épingle, entouré de végétations. Dans la paroi du ventricule gauche, se trouve une perte de substance laissant pénétrer l'extrémité de l'index, limitée par une lame crétaçée. Aorte athéromateuse.

Le péricarde épaissi contenait un verre de pus.

OBSERVATION XII (résumée)

(Collection de Monsieur Devic, in thèse de Berthier. Lyon, 1906)

Diagnostic : Hystérectomie vaginale totale pour néoplasme du col pratiquée au début d'Avil. Sténose mitrale. Péritonite aigüe terminale.

A l'autopsie : Péritonite généralisée. Sténose mitrale légère. Endocardite aigüe terminale.

B. . . . , 47 ans, ménagère, entrée à l'asile des femmes convalescentes le 29 avril 1903, décédée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 6 mai.

La malade, qui a eu 7 enfants, a vu sa maladie débiter au début de mars 1903 par des métrorragies abondantes qui la firent se décider à entrer, le 30 mars, à la Charité, service du docteur Albertin, où, le diagnostic de néoplasme du col ayant été posé, elle fut opérée le 4 avril. Hystérectomie totale par voie vaginale.

Le 29 elle vient en convalescence à l'asile.

A l'entrée état cachectique assez accentué. Monsieur Devic découvre fortuitement des signes indubitables de rétrécissement mitral : Frémissement présystolique et, à l'auscultation, bruit présystolique avec dédoublement du second bruit. Pas de troubles fonctionnels.

Avant le début de son néoplasme, la malade n'a jamais eu de ménorragies, de palpitations ni de dyspnée d'effort.

Tout allait bien lorsque, dans la nuit du 5 au 6 mai, elle fut prise de coliques et de vomissement.

L'état devient grave dans la journée du 6 mai : vomissement, ballonnement du ventre et faciès péritonéal.

La malade reste hypothermique et meurt à 7 heures du soir.

Autopsie : Péritonite généralisée due à la rupture des points de suture qui fermaient le vagin. Le rectum et la vessie ne présentent pas traces de généralisation cancéreuse. Poumons emphysémateux. Aorte très souple et sans athérome. Le cœur est petit et pèse 230 grammes. Rien aux orifices artériels. L'orifice mitral, vu par l'oreillette, offre des lésions très atténuées mais manifestes de rétrécissement par soudure légère des bords des valves entre eux. De plus il existe une déformation et un épaississement de leurs bords libres dans leur dernier demi-centimètre qui devait, pendant la vie, donner un certain degré d'insuffisance. Les cordages tendineux sont forte-

ment sclérosés. Enfin les pointes de coaptation des deux valves présentent des végétations récentes de petit volume en forme de choux-fleurs

Des préparations de ce qui reste des culs de sacs vaginaux permettent de voir qu'il n'y a pas récidence du néoplasme.

OBSERVATION XIII (résumée)

(Collection de Monsieur Devic, in thèse de Berthier, Lyon, 1906)

Diagnostic : Epithélioma du cœcum. Anastomose au bouton. Survie de trois mois.

Autopsie : Epithélioma cœcal, pas de généralisation. Endocardite ancienne. Rétrécissement aortique.

D.... Pierrette, 62 ans, couturière, entrée à l'asile des femmes convalescentes le 10 décembre 1903. Décédée à la Croix-Rousse le 3 septembre 1904.

Parmi ses antécédents la malade accuse quelques crises de rhumatisme. Elle a eu 9 enfants. Elle dit avoir eu de l'albumine dans ses urines et ressentir parfois des palpitations avec dyspnée d'effort. Elle n'a jamais pris de digitale.

A l'entrée, malade cachectique, teint jaune paille. Elle a des douleurs vives à l'abdomen environ deux heures après le repas. On note du clapotage 5 heures après le repas. La région cœcale donne une sensation vague d'empâtement et sa palpation est douloureuse. Pas de signes d'obstruction. Rien aux touchers rectal et vaginal.

Au cœur le premier bruit est partout soufflant avec maximum au foyer aortique. Propagation dans les vaisseaux du cou mais pas de frémissement.

Le 13 avril on note des douleurs plus vives et la perception d'une tumeur dure, lisse, plongeant dans la fosse iliaque interne.

Le 23 juin, à la suite de vomissements et de diarrhée, on décide une opération (entéro-anastomose au bouton). La malade

a beaucoup baissée le 1^{er} septembre. La cachexie augmente. On note les mêmes phénomènes d'auscultation. Pas d'arythmie et plus de palpitations. Depuis l'intervention, œdème blanc et mou persistant aux jambes.

Autopsie : Epithélioma bourgeonnant et saignant, occupant le cœcum sur toute son étendue. Abscès enkysté du petit bassin au voisinage du bouton anastomatique. Tuberculose ancienne du poumon droit.

Au cœur on ne constate que des lésions de l'orifice aortique caractérisées à l'épreuve de l'eau par un léger rétrécissement. Les trois commissures sont remplacées par trois éperons de 7 à 8 millimètres de long, perpendiculaires à la paroi aortique et formés par un tissu blanc, dur, d'aspect nacré. Le bord libre des valves lui-même n'est que très légèrement épaissi, à peine irrégulier et, comme lésions récentes, il n'y a qu'un petit groupe de végétations rosées, situées à l'union de la valve postérieure et de l'antéro externe.

La face ventriculaire des valvules est très irrégulière, d'aspect blanchâtre, fibroïde, véritable tissu de cicatrices multiples.

OBSERVATION XIV (résumée)

(Collection de Monsieur Devic, in thèse de Berthier. Lyon, 1906)

Diagnostic : Epithélioma du col utérin. Anémie intense avec grands souffles veineux. Pleurésie droite. Gros cœur. Insuffisance aortique et rétrécissement mitral d'origine rhumatismale.

F.... Louise, 46 ans, journalière, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 8 septembre 1901, décédée le 20 octobre 1901.

Mariée à 22 ans, 4 grossesses à termes, pas de fausses couches, mais tous ses enfants morts en bas âge.

Première atteinte rhumatismale à 15 ans, puis à 23 et à 30 ans. Depuis la première atteinte, palpitations et oppression. Epithé-

lioma du col diagnostiqué en janvier 1901 à la suite de pertes abondantes en dehors des règles. Depuis, amaigrissement et perte des forces.

A l'entrée : aspect cachectique, amaigrissement. OEdème mou des membres inférieurs. Ventre légèrement augmenté de volume, petit ascite.

Pouls très rapide, régulier, bondissant.

Au cœur : pointe dans le cinquième en dehors du mamelon. Auscultation impossible du fait de la tachycardie (180).

Aux poumons : Dyspnée. A la base gauche, râles muqueux assez fins, sans souffle. A la base droite, matité, obscurité, petit souffle expiratoire et égophonie. Une ponction donne du liquide citrin.

Au toucher vaginal on sent le néoplasme formé par un gros champignon, friable, saignant facilement, qui a totalement envahi le col et le vagin dans son quart supérieur. Grosses masses ganglionnaires dans le petit bassin. Température sub-fébrile. Le 12 septembre le pouls est régulier, à 112. L'auscultation révèle alors un souffle diastolique très net avec maximum au tiers inférieur du sternum qui ne s'entend plus du tout à la pointe. A la base on a un double souffle ; le systolique est doux avec maximum au foyer pulmonaire. Il ne se propage pas vers les clavicules mais seulement vers le mamelon. Le diastolique ne s'entend pas non plus vers la clavicule. Souffle oculaire net. Pas de double souffle crural.

Le 23 septembre, l'état général est un peu meilleur. Les souffles anémiques persistent mais atténués. Pouls à 100.

L'insuffisance aortique est indiscutable mais l'orifice mitral est probablement intéressé. Si l'on n'a pas de frémissement on a du moins, à la palpation de la pointe, un claquement très fort. On perçoit, en outre, à l'auscultation entre la pointe et l'appendice xyphoïde, un petit bruit présystolique assez raupeux.

La malade meurt le 20 octobre à la suite d'hémorragies répétées.

Autopsie : Un peu de liquide dans la plèvre droite, très peu dans le péritoine.

Le cœur est volumineux : 460 grammes. Les deux oreillettes sont augmentées de volume et remplies de caillots énormes, fibrineux.

L'orifice tricuspide n'est pas rétréci, les valvules sont souples. Quelques fines granulations d'endocardite récente sur les trois valves.

L'orifice mitral est très déformé et rétréci. Les valvules sont souples. Quelques fines granulations d'endocardite récente sur les deux valves aux points d'élection. Un nodule de la grosseur d'un petit pois à la commissure interne. Le ventricule gauche est hypertrophié. Les cordages tendineux de la mitrale sont soudés entre eux, raccourcis, très déformés et scléreux. A l'orifice aortique, pas de rétrécissement notable mais insuffisance très marquée. Les trois valves ont leurs bords libres très irréguliers, épaissis et rougis en divers points. De chaque côté des nodules d'Arrautins, végétations récentes de petit volume.

Le poumon droit est atélectasié dans son tiers inférieur. A droite on note une pleurésie interlobaire récente.

Rien au tube digestif. Les reins sont nettement sclérosés. Infarctus récents de la rate.

Le col de l'utérus est transformé en une grosse masse irrégulière, rougeâtre et saignante, très friable. Pas d'envahissement du côté de la vessie ni de rectum. Grosse masse ganglionnaire dans le petit bassin.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Collection de Monsieur Devic, in thèse de Berthier, Lyon, 1906)

Diagnostic : Tuberculose ancienne ganglionnaire et très probablement pulmonaire. Sténose mitrale avec gros cœur. Esthionème deux fois opéré. Aphasie transitoire.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire ancienne. Rétrécissement

mitral. Lésion ancienne du centre du langage articulé. Pas de récidive locale ni de généralisation de l'épithélioma vulvaire. Endocardite récente.

B... Marie, 52 ans, dévideuse, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 28 juillet 1904, décédée le 23 janvier 1905.

Comme antécédents personnels on note une tuberculose ganglionnaire avec cicatrices au niveau du cou et rhumes tous les hivers. Apparition, en décembre 1901, d'une tumeur dans la grande lèvre gauche, qui gêne la marche et s'accompagne d'un ganglion inguinal. En mai 1902 anorexie et perte progressive des forces. La malade entre, le 6 mai, dans le service de Monsieur Villard, qui constate la tumeur, s'accompagnant d'une ulcération à la face interne de la grande lèvre. Le 10 mai, ablation de la tumeur et du ganglion inguinal.

En janvier 1903, la tumeur ayant récidivé au niveau de la partie supérieure du vagin, la malade est de nouveau opérée. Enfin, en décembre 1903, la malade entre encore à l'hôpital, mais cette fois uniquement pour des troubles cardiaques, et ce sont ces mêmes troubles qui la font revenir à l'heure actuelle.

On constate un amaigrissement notable, sans oedème, et une déchéance marquée de son état psychique, caractérisé surtout par de l'amnésie. Elle aurait eu, en mars dernier, un ictus, suivi, pendant trois jours, d'aphasie, sans monoplégie ni hémiplégie et elle garde, depuis cette époque, un trouble de la parole qui la fait s'exprimer avec lenteur et difficulté en cherchant ses mots.

Au cœur on sent un léger frémissement présystolique, suivi immédiatement par une vibration mitrale énergique, accompagnant le choc de la pointe que l'on sent dans le cinquième espace. Pas de signes anormaux à l'auscultation des foyers de la base et le long du sternum, on trouve avec maximum au niveau de la pointe un petit bruit présystolique suivi d'un claquement systolique intense. Nulle part on a de souffle systolique ni de dédoublement du second bruit.

Pouls petit, faible, accéléré mais régulier. Température normale.

En voulant descendre de son lit, la malade a une syncope le 22 novembre 1904. Les signes cardiaques restent les mêmes jusqu'à la mort qui a lieu le 23 janvier 1905.

Autopsie : Volumineux ganglions trachéo-bronchiques. Tuberculose ancienne fibro-caséuse du poumon droit. Au cœur on trouve des oreillettes dilatées, avec caillots anciens dans l'auricule droit. Rétrécissement net de l'orifice mitral paraccolement des bords valvulaires qui forment un bourrelet épaissi. Sclérose très marquée des cordages tendineux et des piliers.

Au niveau des points d'affrontement des valves de la mitrale, mais seulement aux extrémités de l'orifice, c'est-à-dire aux commissures, se trouve des végétations récentes, exubérantes en choux-fleurs. Les plus grosses se voient à la commissure interne et si la malade avait survécu, ce qui restait de l'orifice mitral se serait encore rétréci par soudure de la commissure interne.

L'orifice tricuspidien, lui-même sans rétrécissement, montre le bord libre de ses valves, boursoufflé et épaissi. Il a été certainement, à un moment donné, le siège d'une endocardite ayant laissé après elle une insuffisance douteuse et pas de rétrécissement.

Les reins sont petits et bourrés de cicatrices anciennes d'infarctus.

On ne trouve pas de récurrence du néoplasme.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Vaquez, Thèse de Paris, 1890)

Diagnostic : Cancer ulcéré de l'utérus. Phlegmatia abba dolens de la jambe gauche. Péritonite purulente. Endocardite végétante.

La nommée P..., 73 ans, entrée, le 13 octobre 1888, dans le

service du docteur Merckleu. Cette femme de bonne santé habituelle a été prise il y a six mois de pertes abondantes qui depuis ce moment ce sont fréquemment répétées. En même temps elle a commencé à ressentir de violentes douleurs dans la région du bas-ventre avec irradiation dans les lombes.

En février 1889, la malade, très affaiblie, est cachectique et a perdu tout appétit. Au toucher on constate la destruction complète du col utérin remplacé par des végétations qui envahissent le vagin et l'utérus.

Le 10 mars, apparition d'une phlébite à la jambe gauche, accompagnée de violents frissons surtout vespéraux.

Le malade meurt le 4 avril 1889 au milieu de douleurs abdominales intenses et, de nouveau, de violents frissons.

Autopsie : A l'ouverture du thorax on ne constate pas de liquide dans les cavités pleurales mais quelques adhérences récentes du côté droit. Les poumons sont sains.

Au cœur on ne constate pas d'insuffisance mitrale ni aortique mais les bords de la mitrale présentent manifestement une vascularisation exagérée. De plus on constate en certains points des épaissements du bord libre. Par place il commence à se former des végétations dont quelques-unes polypiformes. Rien aux sigmoïdes aortiques.

Le cœur droit n'est pas dilaté ; la valvule tricuspide présente quelques épaissements semblables à ceux de la mitrale, moins marqués mais reconnaissables.

A l'abdomen on constate une péritonite purulente, limitée à la partie inférieure avec vascularisation exagérée et fausses membranes. Cette péritonite est due à l'ulcération de l'utérus produite par le processus cancéreux.

Le foie présente de la dégénérescence graisseuse.

La veine fémorale est obliérée par un caillot qui se prolonge, jusque dans la veine iliaque d'une part et d'autre part dans la poplité.

L'examen bactériologique des végétations de la mitrale donne le résultat suivant : microcoques en masses zoogléliques et en chaînettes, abondants sur les bords et se reconnaissant, en outre, facilement au milieu de la fibrine. De plus microbes en bâtonnets, plus abondants sur les bords.

Nous ne saurions dire exactement auxquels de ces micro organismes on doit faire jouer le rôle capital. Nous savons d'ailleurs que la présence simultanée des deux ordres de bactéries (microcoques et bâtonnets) a souvent été signalé dans les endocardites végétantes et que leur rôle n'a pas été encore nettement défini.

CONCLUSIONS

I. — Des endocardites aiguës peuvent être constatées au cours de l'évolution d'un néoplasme.

II. — Ces endocardites se voient surtout au cours des cancers du tube digestif et de l'utérus. Elles sont le résultat d'un complexe morbide, consécutif, d'une part, à l'infection partie de l'ulcération néoplasique et, d'autre part, à l'état de moindre résistance du malade provoqué par l'état cachectique de ce dernier.

III. — Ces lésions de l'endocarde revêtent, en général, le type végétant, parfois le type ulcéro-végétant. Elles frappent surtout le cœur gauche au niveau de la mitrale ou des sygmoïdes aortiques. Leur localisation enfin est conditionnée souvent par une lésion ancienne jouant un rôle d'appel pour l'agent infectieux.

IV. — Découvertes d'autopsies en général, ces endocardites peuvent être quelquefois reconnues du vivant du sujet, grâce aux signes physiques. Quant au diagnostic étiologique, il doit se baser, d'une

part, sur la coexistence d'autres manifestations pyosepticémiques, telles que la phlébite, et, d'autre part, sur les accidents emboliques fréquents produits par l'endocardite elle-même. Et encore le diagnostic ne peut-il être que soupçonné dans ces conditions.

Le Président de la Thèse,
PAVIOT.

Vu :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 27 novembre 1920.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Complicat. int. du cancer gastrique. Société médicale des Hôpitaux, juillet 1895.
- BARD. — Précis d'anatomie pathologique.
- BERTHIER J. — Les cancers chez les cardiaques. Thèse de Lyon, 1905-06.
- CADE et BRETTE. — Société des sciences médicales de Lyon, 11 février 1920.
- CURNOW. — Ulcerated endocarditis, intestinal ulcerations. The Lancet, 1886.
- DERVILLE. — Société anatomique, 1884, page 270.
- DEVIC et CHATIN. — Province médicale, 1892.
- DREYFUS-BRISSACH. — Pathogénie des endocardites. Gaz. Hebd., 11 juillet 1891.
- FÉRÉ et CARON. — Et. statist. sur les complic. du cancer de l'utérus. Progrès médical, 1883.
- GARÇIN. — Thèse de Lyon, 1893.
- GERHARDT. — Wurtzburg médizin Zeitung, 1863, p. 150.
- GHÉRASSIMOFF. — Contribution à l'étude des manifestations pyosepticémiques consécutives au cancer. Thèse de Nancy, 1899-1900.
- GIRAudeau. — Endocardites aiguës chez les cachectiques. Semaine médicale, 10 octobre 1894, page 448.
- GOODHART. — A série of cases of ulcerative endocarditis. Transaction of the pathol. Soc. of London, 1883.

- HANOT. — Etiologie et pathogénie de l'endocardite.
Archives générales de médecine, avril 1890.
- HÉRARD — Des formes septiques du cancer de l'estomac.
Thèse de Paris, 1896.
- KELSCH. — Société médicale des Hôpitaux, 9 décembre 1887.
- LEBRETON. — Cachexie cancéreuse. Endocardite végétante. Progrès médical, 1884, page 311.
- LEON G. — Essai sur la nature des endocardites infectieuses. Thèse de Paris, 1890.
- MAGRIET E. — Endocardites aiguës au cours du cancer de l'estomac. Thèse de Lyon, 1897-98.
- PAULY. — Société des Sciences médicales de Lyon, 1893.
- TRIPIER R. — Etudes anatomo-cliniques
- Vaquez. — Thèse de Paris, 1890.
- VINAY. — Recherches sur l'Etiologie de l'endocardite infectieuse. Société des Sciences médicales de Lyon, 1884.
-

